



## DEMANDE DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Nom de la ou du titulaire de contrat (prénom, second prénom, nom de famille) :	Numéro de contrat :
Nom de la ou du titulaire de contrat (prénom, second prénom, nom de famille) :	Numéro de téléphone :
Adresse :	Adresse courriel :

**La personne bénéficiaire sera révocable, sauf si la mention « irrévocable » est indiquée.**

Si une personne mineure est désignée comme bénéficiaire irrévocable, la désignation ne peut pas être changée jusqu'à ce que la personne mineure atteigne l'âge de 18 ans ou si une ordonnance de la cour est obtenue.

Dans les cas assujettis aux lois du Québec, si une conjointe ou un conjoint est désigné comme bénéficiaire (marié ou en union civile), la désignation est irrévocable, sauf si la mention « révocable » est indiquée en cochant cette case .

Changement des bénéficiaires principaux : les bénéficiaires principaux reçoivent les prestations en vertu du contrat lors du décès de la personne assurée. Je révoque, par la présente, toutes les désignations de bénéficiaire précédentes et désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire principal :

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Lien avec la personne assurée	Prestation répartie également sauf si le pourcentage est indiqué	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Nom du fiduciaire pour la personne mineure (ne s'applique pas au Québec)	Adresse courriel ou n° de téléphone du bénéficiaire ou fiduciaire

Changement des bénéficiaires subsidiaires : les bénéficiaires subsidiaires recevront les prestations en vertu du contrat si tous les bénéficiaires principaux sont décédés lors du décès de la personne assurée. Je désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire subsidiaire :

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Lien avec la personne assurée	Prestation répartie également sauf si le pourcentage est indiqué	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Nom du fiduciaire pour la personne mineure (ne s'applique pas au Québec)	Adresse courriel ou n° de téléphone du bénéficiaire ou fiduciaire

**Bénéficiaire de l'assurance maladies graves :** pour les prestations payables pendant que la personne assurée est en vie. Je révoque, par la présente, toutes les désignations de bénéficiaire précédentes et désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire :  La personne bénéficiaire est la personne assurée (passer à la section suivante).

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Lien avec la personne assurée	Prestation répartie également sauf si le pourcentage est indiqué	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Nom du fiduciaire pour la personne mineure (ne s'applique pas au Québec)	Adresse courriel ou n° de téléphone du bénéficiaire ou fiduciaire

# DEMANDE DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE



Bénéficiaire de l'assurance maladies graves : remboursement des primes au décès. Je désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire :

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Lien avec la personne assurée	Prestation répartie également sauf si le pourcentage est indiqué	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Nom du fiduciaire pour la personne mineure (ne s'applique pas au Québec)	Adresse courriel ou n° de téléphone du bénéficiaire ou fiduciaire

S'il y a plusieurs titulaires au titre du contrat, tous les titulaires doivent signer. Si le titulaire du contrat est une entité, veuillez préciser le nom et le titre du signataire autorisé. Si vous fournissez des coordonnées au nom d'une personne bénéficiaire, je confirme que j'ai l'autorisation d'agir en son nom et, par conséquent, j'autorise la cueillette, l'utilisation et la communication de ses renseignements personnels. Toute désignation de bénéficiaire ou tout changement entre en vigueur à la date à laquelle l'Équitable<sup>MD</sup> reçoit la demande. Nous n'assumons aucune responsabilité en ce qui a trait à la validité ou l'incidence de toute désignation ou de tout changement. Tout paiement sera effectué conformément à la loi applicable.

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire de contrat

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

Le cas échéant, renonce à ses droits à titre de bénéficiaire irrévocable :

Fait à

\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(ville et province) (jj/mm/aaaa) Signature de toute personne bénéficiaire Signature du témoin

\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(ville et province) (jj/mm/aaaa) Signature de toute personne bénéficiaire Signature du témoin

Fait à

\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(ville et province) (jj/mm/aaaa) Signature de toute personne bénéficiaire Signature du témoin

\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(ville et province) (jj/mm/aaaa) Signature de toute personne bénéficiaire Signature du témoin

## Directives relatives à la désignation de bénéficiaire

1. Si aucune personne bénéficiaire n'est désignée, le produit sera versé conformément à la loi provinciale.
2. Si une ou un bénéficiaire doit être désigné comme étant irrévocable, cela doit être précisé à côté du nom du bénéficiaire. Si la désignation de bénéficiaire précisée est irrévocable, la signature du bénéficiaire irrévocable est requise pour effectuer tout changement de désignation de bénéficiaire ultérieur. Si la désignation de bénéficiaire actuelle est irrévocable, le changement de désignation de bénéficiaire ne sera pas en vigueur, sauf si le bénéficiaire irrévocable libère son intérêt en tant que bénéficiaire.
3. Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation de la conjointe ou du conjoint de la ou du titulaire (marié ou en union civile) est irrévocable, sauf si le titulaire stipule que la désignation est révocable.
4. Si une ou un fiduciaire est désigné pour une personne bénéficiaire mineure, le produit sera versé au fiduciaire tant que le bénéficiaire est une personne mineure. Dès que la personne bénéficiaire mineure atteint l'âge de la majorité, le produit sera versé directement au bénéficiaire, conformément à loi applicable. Cela ne s'applique pas au Québec.
5. Si un fiduciaire est désigné comme bénéficiaire, il faut s'assurer que le nom au complet de la ou du fiduciaire est indiqué.
6. Veuillez indiquer le nom de chaque enfant au lieu d'indiquer « tous mes enfants » pour éviter tout retard quant au versement du produit au moment de la demande de réclamation.

**Veuillez vous assurer de soumettre les deux pages du présent formulaire aux fins de traitement.**

**Remarque :** l'Équitable<sup>MD</sup> ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.